

IMPLANTOLOGIE

Revue



de la chirurgie
à la prothèse sur implant

ISSN 1763-1033 - Abonnement France : 180 € - Etranger : 195 €

7-1

Revue Trimestrielle
FEVRIER 2009

chirurgie

IMPLANTOLOGIE

Implantologie et **réalité** **quotidienne** :

*implantologie sans greffe,
ni membrane, ni biomatériaux*

➤ Long **NGUYEN**

Introduction

La demande en Implantologie est croissante, mais beaucoup de nos patients, souvent d'âge avancé, impatients de retrouver la dent perdue, ou limités financièrement, sont effrayés par les protocoles chirurgicaux lourds pré-implantaires, qui leur sont proposés : greffes osseuses, membranes, biomatériaux, comblement de sinus...

Notre expérience montre qu'une grande majorité de ces mêmes patients sont tout à fait prêts à accepter des compromis esthétiques afin d'éviter d'avoir recours à ces procédures chirurgicales lourdes, privilégiant ainsi une implantologie plus fonctionnelle, mais suffisante selon eux.

Nous allons rappeler ici des techniques très simples, mais qui vont rendre d'immenses services à ces patients, dans certains cas un peu « limites ».

– *techniques chirurgicales simples*, décrites par Hilt Tatum (j'ai eu la grande chance d'être son élève...) depuis plus de 30 ans :

- expansion osseuse dans le sens vestibulo-palatin au pré-maxillaire

- soulevé de sinus (sans apport de biomatériaux)
- *technique de laboratoire* : réalisation de fausse gencive en céramique rose pour compenser une perte osseuse verticale modérée.

L'acceptation de ces compromis passe par une bonne communication avec le patient :

- Prendre en compte les desiderata du patient (et non imposer ceux du praticien !)
- Montrer des photos du résultat final pour que le patient se rende bien compte de ce à quoi il doit s'attendre.
- Demander aussi l'avis des proches du patient.
- Laisser un délai de réflexion (2 à 3 semaines)

➤ D.U d'Implantologie Orale
46 bis rue de Paris – 93260 Les Lilas

Expansion osseuse au pré-maxillaire

Indications

Résorption osseuse modérée dans le sens vestibulo-palatin et hauteur suffisante : soit une largeur de crête existante de 2,5 à 3 mm avec une hauteur supérieure ou égale à 10 mm.

NB : sans oublier bien entendu, les contre-indications relatives et générales classiques à l'implantologie.

Intérêts

On évite ainsi le recours à une greffe osseuse d'apposition vestibulaire type « Onlay », avec 2 sites opératoires, sutures difficiles, douleurs et complications post-opératoires éventuelles à gérer, ainsi qu'un allongement de la durée du traitement d'environ 6 mois, sans oublier le surcoût financier.

Elle permet la mise en place d'implants de diamètres 3,5 à 4 mm (longueur 10 mm ou plus) et ce dans la même séance et sans augmentation de la période d'ostéointégration (soit environ 5 à 6 mois au maxillaire).

Le surcoût engendré par cette technique ne se chiffre qu'en temps passé = il faut environ 30 mn de plus par rapport à une intervention de pose d'implant sans expansion et le surcoût facturé au patient sera bien sûr à l'appréciation du praticien, mais sans commune mesure par rapport à une greffe en onlay.

Inconvénients

Risque de fracture de la table osseuse vestibulaire ou palatine en cas de technique non maîtrisée ou exécutée trop rapidement.

Position pas assez vestibulaire des implants chez les patients présentant une résorption osseuse avancée (car c'est un fait établi, la résorption osseuse est centripète au maxillaire et centrifuge à la mandibule, d'où un décalage des bases osseuses), le rempart labial supérieur peut alors ne pas être suffisamment soutenu.

Impression de « dent longue » puisque le déficit osseux dans le sens vertical n'a pas été compensé. D'où l'importance d'une bonne communication préalable avec le patient.

Instrumentation spécifique

- Une lame de bistouri n° 15 (qui sert à initier la séparation des tables osseuses externe et interne.)
- Les « bone expander » = instruments d'expansion osseuse, de plus en plus larges pour créer très progressivement l'expansion osseuse.
- Les « sockets formers » ou formateurs d'alvéole = donnent la forme de l'alvéole implantaire, également de diamètres et longueurs croissants.
- Maillet d'impaction en téflon (Fig. 1 à 11)



Fig. 1- Situation initiale.



Fig. 2- Scanner secteur 11-21.



Fig. 3- Lame 15. Initialisation de la séparation des tables externe et interne.



Fig. 4- Bone expander.



Fig. 5-
Socket former.
Formateur
d'alvéole.

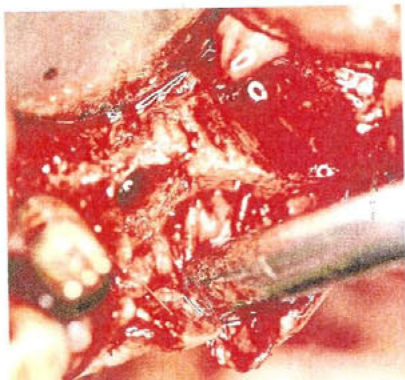


Fig. 6- Néo-alvéole.

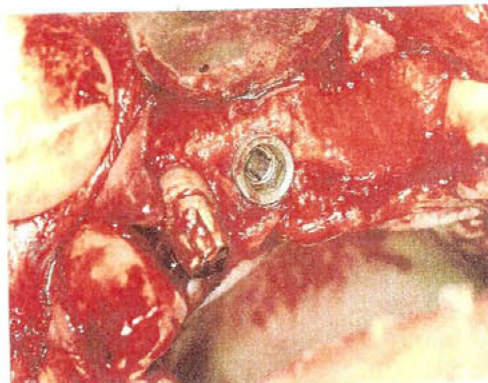


Fig. 7- Implant IDI*, diamètre 3,75, long 12mm.



Fig. 8- Bridge provisoire.

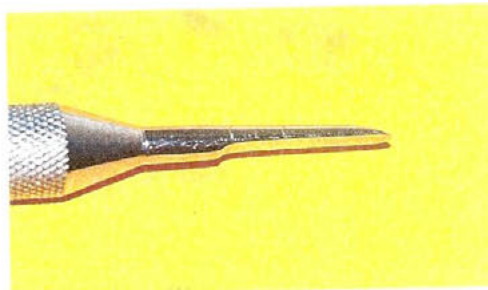


Fig. 9- Bone expander. Noter la convexité à mettre côté vestibulaire.

* Implants Diffusion International
23-25, rue Emile Zola - 93100 Montreuil

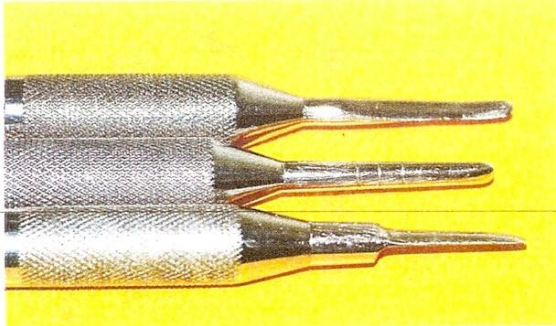


Fig. 10- Séquence des bone expander.

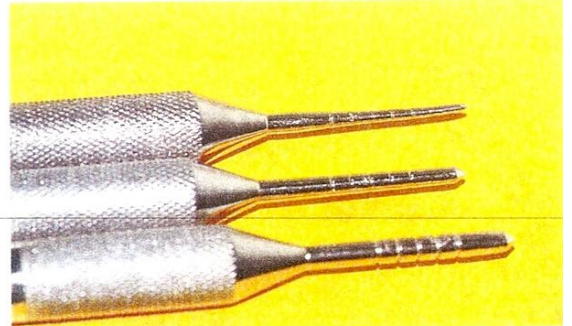


Fig. 11- Séquence des socket former.

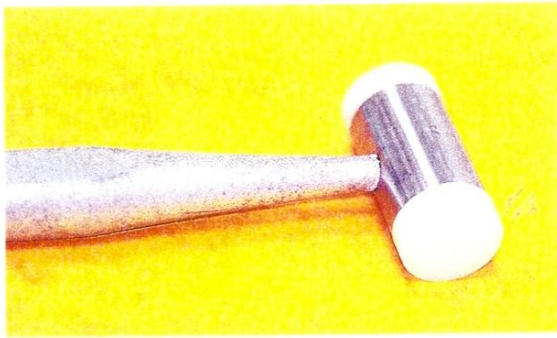


Fig. 11bis-
Maillet en téflon.

Soulevé de sinus sans apport de biomatériaux

Indications

Hauteur sous sinusienne disponible = 6 mm au minimum,

Largeur vestibulo-palatine minimum : avec de l'expérience, il est tout à fait possible d'associer les 2 techniques (expansion + soulevé), ce qui va donc augmenter les indications, soit 2,5 à 3 mm.

Intérêts

- Gains en hauteur possible = 3-4 mm, ce qui permet de poser des implants de 10 mm (voire 12 mm) dans de nombreux cas.
- Avec le succès actuel des implants courts, des implants de 8 mm (en attendant 6 ou 7 mm...) ont été posés avec succès, avec 5 mm de hauteur d'os au départ, l'important étant d'avoir une bonne stabilité primaire des implants.

- Solution alternative aux comblements de sinus avec de l'os autogène (2 sites opératoires) ou avec des biomatériaux, évitant alors l'allongement de la durée des traitements, la gestion d'éventuelles complications post-opératoires ainsi qu'un surcoût financier pour le patient.

Inconvénients

- Risque de percer la muqueuse sinusienne,
- Remplacement des molaires difficile, car la hauteur de l'os sous sinusien à ce niveau est souvent trop faible (cette technique concerne surtout les 1^{ère} et 2^e prémolaires),
- Impaction au maillet désagréable pour le patient
- Technique « aveugle » dépendant notamment du sens clinique du praticien.

Instrumentation spécifique

- Maillet d'impaction en téflon
- Sinus elevator = « souleveur » de sinus



Fig. 12- Panoramic pré-opératoire.

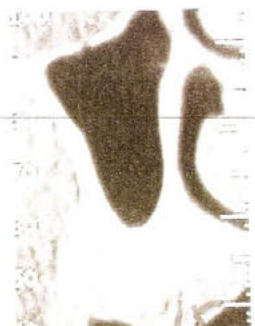


Fig. 13- Coupe scanner 8 mm hauteur initiale au niveau de 24, et 6 mm au niveau de 25.

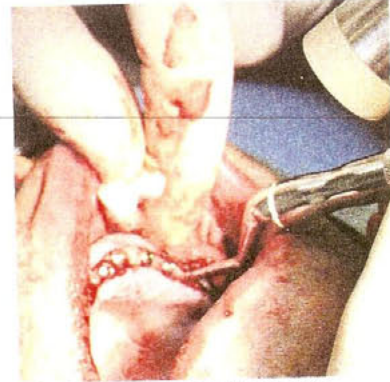


Fig. 14- Soulevé de sinus par impaction.

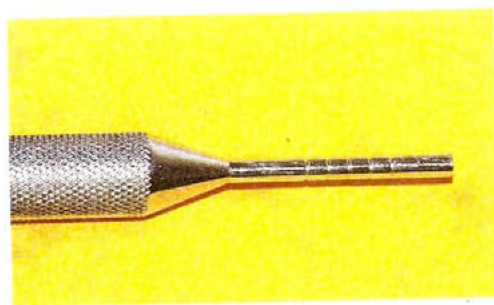


Fig. 15- Sinus elevator.

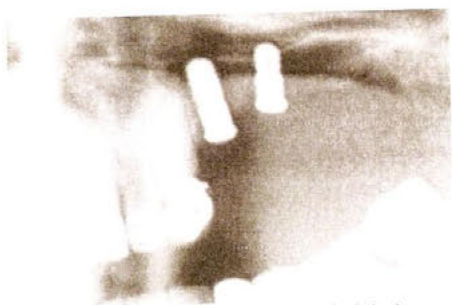


Fig. 16- 2 implants « IDI » posés avec soulevé de sinus par impaction sans biomatériaux.



Fig. 17- Implants « IDI » de 8 et 10 mm

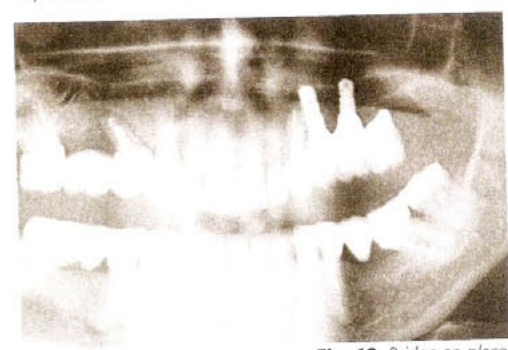


Fig. 18- Bridge en place.



Fig. 19- Bridge posé (lab. GeCeram).

Fausse gencive en céramique rose

Indication

Résorption osseuse modérée dans le sens vertical.

Intérêts

Evite une greffe osseuse d'apposition (avec les conséquences déjà citées).

L'impression de « dent longue » est camouflée par la céramique rose imitant la gencive rétractée.

A noter le phénomène de « creeping attachment » = attache rampante : au fil des mois et années, la gencive marginale a tendance à migrer coronairement, recouvrant ainsi la céramique rose et l'effet dent longue est moins voyant.

Inconvénients

Esthétique discutable, surtout chez les patients avec un sourire « gingival ».

= d'où encore et toujours, l'importance d'une information objective avec le patient et ses proches préalablement.



Fig. 20- Etat initial.

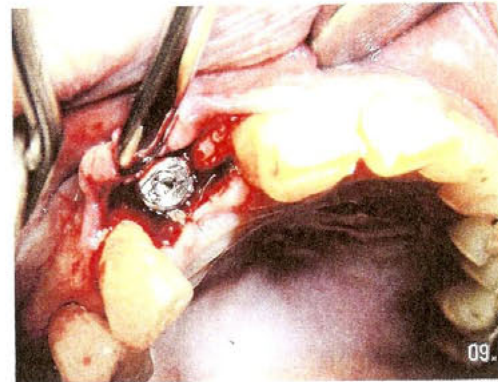


Fig. 21- Position haute de la vis de cicatrisation IDI.

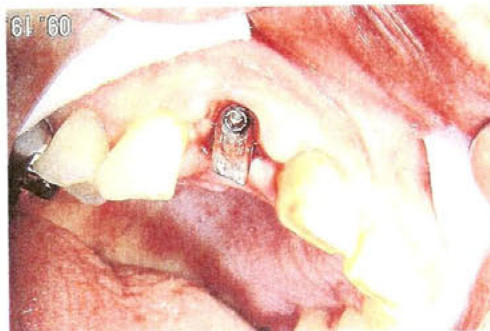


Fig. 22- Inlay core personnalisé transvissé permettant un meilleur profil d'émergence (Lab. GeCeram).



Fig. 23- Couronne avec céramique rose posée le 27.09.06.



Fig. 24- Une semaine après (Lab. GeCeram).



Fig. 25- Après 18 mois, creeping attachment.

Conclusion

- Déficit osseux modéré,
- Compromis esthétique,
- Notion de rapport « bénéfico-risque » pour le patient,
- Simplification thérapeutique,
- Diminution de la durée et des coûts financiers du traitement implantaire,
- Grande importance de la communication préalable « praticien-patient » avec la notion juridique du « devoir d'information ».

Telles peuvent être les lignes directrices d'une implantologie pratique, dans la réalité quotidienne de nos cabinets d'omnipraticque, offrant une solution implantaire à une catégorie de patients, beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense, privilégiant une implantologie plus fonctionnelle, mais satisfaisante à leur yeux ; (et ceci en faisant bénéficier nos patients motivés, de toutes les techniques d'augmentation des bases osseuses parfaitement maîtrisées aujourd'hui).

Les réalisations prothétiques sont l'œuvre du laboratoire « Ge-Céram » dirigé par Dove (25, rue Emile Zola 93100 Montreuil, 01.42.87.86.68) que je remercie vivement.

Chirurgie osseuse préimplantaire

Les indications des techniques chirurgicales osseuses préimplantaires ont considérablement évolué aujourd'hui.

L'objet de ce « Mémento » est de les préciser, de façon synthétique et claire. Le rappel des bases fondamentales (anatomie chirurgicale, physiologie osseuse et radiologie) sont suivies par les étapes de la prise en charge du patient, de l'information au consentement éclairé.

Les principes chirurgicaux sont détaillés ainsi que l'instrumentation spécifique nécessaire et l'utilisation des substituts osseux.

Les différents techniques chirurgicales, des prélèvements osseux endobuccaux aux reconstructions préimplantaires (interventions sous anesthésie locale) sont décrites et illustrées par des schémas et des photographies. La gestion des complications est détaillée.

La description des modalités chirurgicales moins fréquentes telles que les prélèvements extra-osseux (iliaques et crâniens), l'expansion des crêtes maxillaires et la distraction alvéolaire sont développées.

Ce mémento doit permettre à l'odontologiste une parfaite intégration de ces techniques préimplantaires dans le plan de traitement.

Le Pr Guy Princ est chirurgien maxillofacial, Professeur associé au Collège de médecine des hôpitaux de Paris, coordonnateur du DU de chirurgie et prothèses implantologiques à l'université Paris-5.

Le Dr Thierry Piral est chirurgien maxillofacial, membre de l'Académie nationale de chirurgie dentaire.



ISSN 1242-096X • Mémento • ISBN 978-2-84363-127-8

Chirurgie osseuse préimplantaire



COLLECTION ACCRÉDITÉE POUR LA FORMATION CONTINUE

Chirurgie osseuse préimplantaire

GUY PRINC
THIERRY PIRAL

Editions CdP